

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N^o 51

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BRETON

Né à Saint-Priest-les-Fougères (Dordogne) le 8 août 1899

Ancien interne

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Limoges

TRAITEMENT

DES

BRONCHITES CHRONIQUES

PAR LA MÉTHODE LEUCOTHÉRAPIQUE
RÉNOVATRICE, DÉPURATIVE ET DÉRIVATIVE

Président : SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel BRETON

Né à Saint-Priest-les-Fougères (Dordogne) le 8 août 1899

Ancien interne

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Limoges

TRAITEMENT

DES

BRONCHITES CHRONIQUES

PAR LA MÉTHODE LEUCOTHÉRAPIQUE
RÉNOVATRICE, DÉPURATIVE ET DÉRIVATIVE

Président : SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS



Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET..... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT..... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTNERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
LÉRI..... Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.

MM.
OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE , agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde
gratitude et de ma très vive
affection.*

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE LIMOGES

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

AU DOCTEUR DONNÉ

Professeur de Clinique chirurgicale
A l'Ecole de Médecine de Limoges

Qui a guidé nos premiers pas.

AU DOCTEUR CAPMAS

*En remerciements de ce qu'il
a fait pour nous.*

AU DOCTEUR E. FEUILLIÉ

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*A qui nous devons les élé-
ments de cette thèse.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SERGENT

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

TRAITEMENT

DES

BRONCHITES CHRONIQUES

PAR LA MÉTHODE LEUCOTHÉRAPIQUE
RÉNOVATRICE, DÉPURATIVE ET DÉRIVATIVE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LES BRONCHITES CHRONIQUES

D'après leur étiologie, on divise habituellement les bronchites chroniques en :

Bronchites chroniques primitives ou essentielles ;
Bronchites chroniques secondaires et diathésiques ;
Bronchites chroniques spécifiques.

Laissant de côté les bronchites chroniques dites spécifiques, de cause connue, tuberculeuse, syphilitique ou mycosique et les bronchites chroniques secondaires d'origine cardiaque, rénale ou gastro-intestinale, nous ne nous occuperons dans cette étude que des bronchites chroniques primitives dites essentielles.

Qu'est-ce qu'une bronchite chronique essentielle ?

Si nous faisons une revue succincte des traités de pathologie, nous constatons que sous ce terme on désigne un syndrome clinique dont les éléments fondamentaux sont à peu près toujours les mêmes : toux, dyspnée, expectoration, mais dont les causes sont aussi multiples que variées. On dit qu'une bronchite chronique est essentielle quand on ne trouve pas une cause suffisante pour expliquer la prolongation de l'état bronchitique.

Elle peut être la suite naturelle d'une série de poussées de bronchites aiguës, véritables « bronchites à répétition » (1). Ce qui la caractérise c'est l'absence, au moins pendant les premières phases de son évolution, de toute autre lésion organique et la localisation exclusive des troubles fonctionnels sur l'arbre aérien.

Elle peut être liée à une altération des premières voies respiratoires. « Toute bronchite qui ne commence pas par le nez, disait Lasègue, n'est pas une bronchite simple. » Dans son article du 7 avril 1917 dans le *Paris-médical*, Sergent parlait des « bron-

1. Afin de ne pas nous répéter au cours de ces considérations, voici d'ores et déjà les différentes sources où nous avons puisé : *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Collection Sergent, Fascicule I et II appareil respiratoire;

Sergent, *Les grands syndromes respiratoires*, Fascicule I; article du 7 avril 1917, *Paris-médical*; article mai-juin 1922. *Bulletin médical*.

Florand, Flurin et Max François, *Les Bronchites chroniques, leur traitement*.

Flurin, *Bulletin médical*, 18 mai 1920; *Journal médical Français*, octobre 1921.

Précis de Pathologie médicale, appareil respiratoire II.

chites des nez bouchés ». Les rhino-pharyngites créent les rhino-bronchites descendantes. Toutes les causes d'obstruction nasale peuvent être l'origine d'inflammations bronchiques répétées ou permanentes. Les bronchites chroniques sont pour ainsi dire l'aboutissement constant des coryzas et des adénoïdites chroniques, tantôt par simple contiguïté, tantôt par voie lymphatique. Certains auteurs insistent sur l'affaiblissement du rôle de défense naturellement dévolu au nez et au pharynx et sur l'importance des réflexes d'origine naso-pharyngée qui viennent troubler la circulation broncho-pulmonaire.

Florand et Flurin attribuent une grande part des bronchites chroniques à un syndrome de débilité bronchique, qui se caractérise par une hyperesthésie de la muqueuse bronchique, de l'instabilité circulatoire et une hypersensibilité aux sécrétions provoquées. Cette débilité bronchique héréditaire ou acquise rend les malades sensibles à des facteurs pathogéniques souvent minimes, souvent même insaisissables. Chez certains sujets la bronchite apparaît, dès que la tête, les pieds ou les bras ont été exposés au froid. Cette prédisposition à la bronchite ne dépend nullement de la vigueur de la constitution mais d'une débilité bronchique qui n'est nullement liée à l'état de la résistance organique générale. Débilité bronchique se traduisant par cette susceptibilité spéciale chez certains individus qui ne peuvent faire route sur un chemin dont le vent sou-

lève les poussières sans présenter une poussée d'inflammation bronchique.

En 1880, Joffroy écrivait « toutes les bronchites chroniques sont diathésiques ». Sans aller jusque-là, il n'en est pas moins vrai que beaucoup de bronchites chroniques sont liées à des troubles de la nutrition générale, à une viciation des humeurs de l'organisme ou à un déséquilibre de l'état physique de leurs constituants colloïdaux : « phénomènes de choc » de Widal et de là à l'asthme il n'y a qu'un pas. Nous verrons plus loin par quel mécanisme l'asthme peut conduire à la bronchite chronique par une évolution progressive et régulière : asthme bronchitique, « asthme catharral chronique ». Mais de même que l'asthme peut créer la bronchite chronique avec lésions emphysémateuses, de même la bronchite chronique en créant une épine irritative au foyer pulmonaire pourra déclencher de véritables poussées asthmatiformes (asthme intriqué de Bezancón et de Jong). Ce sera un véritable cercle vicieux.

Ce sera tantôt de véritables crises d'asthme, tantôt des crises de dyspnée paroxystique et dans l'intervalle on observe des signes de bronchite chronique avec lésions emphysémateuses et sclérose pulmonaire. La moindre cause, le plus petit froid, une simple émotion parfois déclenchera la crise chez des scléreux pulmonaires avec broncheectasie. Car, ayant en vue uniquement l'appareil respiratoire, quelles seront les conséquences prochaines ou lointaines de

ces bronchites chroniques ? La dilatation bronchique, la sclérose péri-bronchique et l'emphysème.

La dilatation bronchique, sorte d'emphysème des tuyaux bronchiques, est, en effet presque de règle ; ce n'est qu'un épiphénomène. Cliniquement il n'y a pas de démarcation bien nette entre le début de la bronchectasie et la bronchite qui lui donne naissance, mais dès que les cavités prennent une certaine dimension, l'expectoration donne lieu à des signes pathognomoniques. Quant à la pathogénie de ces dilatations bronchiques plusieurs théories sont en présence :

Théorie pulmonaire par sclérose de Corrigan et Rokittanski ;

Théorie pleurale de Barth et Roger ;

Théorie bronchique de Stokes ;

Théorie infectieuse de Thiroloix et Debré, que l'infection vienne de la cavité même de la bronche ou qu'elle soit d'origine sanguine.

D'après Florand et Flurin, l'infection exo et endogène de la bronche, la disparition de sa gaine musculo-élastique, la distension secondaire par l'air expiré, résument les trois étapes pathogéniques de la dilatation bronchique. En somme, que la dilatation revête le type cylindrique, moniliforme ou ampul-laire, les lésions consistent essentiellement en altérations destructives des parois bronchiques, avec éléments de néoformation, dissociation des fibres musculaires et élastiques et résorption des placards cartilagineux.

Tout autour de la bronchectasie il se produit une réaction péribronchique qui aboutit à une sclérose broncho-pulmonaire, sclérose qui d'après certains provoque la dilatation d'après d'autres en est seulement la conséquence. Quoiqu'il en soit, les lésions de sclérose pulmonaire discrète sont le substratum anatomique des inflammations chroniques, qu'on appelle les bronchites chroniques. Ce sont des scléroses qui en créant une épine irritative au niveau du parenchyme pulmonaire pourront être le point de départ de dyspnée paroxystique à caractère asthmatiforme,

Si le syndrome bronchite chronique et asthme est fréquent bien plus fréquent est encore le syndrome bronchite chronique avec emphysème, tellement qu'il est presque impossible de séparer ces deux affections. Laënnec disait : « Pas d'emphysème sans bronchite chronique » nous pourrions ajouter : Pas de bronchite chronique sans emphysème. Essentiellement caractérisé par la dilatation permanente des alvéoles avec perte de l'élasticité pulmonaire, l'emphysème peut exister à l'état pur, mais c'est presque un mythe en clinique, car il ne s'y révèle que par une symptomatologie d'emprunt, qui est la symptomatologie de la bronchite chronique. Ici encore plusieurs pathogénies ont été invoquées :

Théorie mécanique de Freund ;

Théories respiratoire et expiratoire.

Théories inflammatoire, nerveuse, vasculaire, toxique.

A l'état de lésion primitive l'emphysème peut

s'observer chez des sujets qui ont fait des crises d'asthme, mais peu à peu ils sont devenus des catarrheux, des bronchiteux ; l'élément catarrhal s'accroissant, ils se sont acheminés vers cet état de bronchite chronique avec emphysème, ou bronchite chronique avec emphysème et asthme, véritables états bâtards où l'on ne peut distinguer la part de chaque affection et laquelle a été la conséquence de l'autre : ce sont des catarrhes bronchiques, qui à notre avis sont le résultat d'infections, de fluxions, aussi bien extra-pulmonaires que pulmonaires, mais qui évoluent chez des sujets dont les défenses sont mauvaises, à résistance leucocytaire déficiente. En effet, d'après nous et d'accord avec Feuillié, tout particulièrement, il nous semble que l'idée de catarrhe bronchique ne doit pas nécessairement éveiller l'idée de bronchite chronique à point de départ soit bronchique, soit pulmonaire, soit rhino-pharyngé.

Il peut exister des flux, des congestions, des fluxions, comme une ruée cellulaire et humorale, se faisant à travers la paroi bronchique sous l'influence d'une cause nerveuse, humorale ou extra-pulmonaire, une injection toxique intraveineuse par exemple.

Dès 1907 dans un article paru le 7 décembre dans la *Tribune médicale* (1) Feuillié écrivait :

« Sans aucune cause locale, uniquement par acte leucocytaire, il peut se produire des flux leucocy-

1. *Tribune médicale*, 7 décembre 1907.

taires énormes dans des organes variés comme la peau, le rein, l'intestin, les poumons.

Des faits innombrables montrent la fréquence de la constatation de catarrhes bronchiques, d'albu-minuries, d'eczémas, de muco-membranes intestinales, pouvant exister simultanément ou pouvant se remplacer ; il n'y a pas là de substitutions véritables. A la base de toutes ces métastases, on trouvera la fatigue et la débilité leucocytaire provoquant une stase une exode ou un flux qui se manifestera dans l'un ou l'autre des différents organes.

En résumé, je cherche à montrer qu'il peut se produire dans tout l'organisme, des phénomènes spéciaux, leucocytaires qui diffèrent quant à leur cause des affections des organes eux-mêmes telles que néphrites, méningites, bronchites, dermites. La fatigue leucocytaire peut expliquer l'infiltration passive des différents organes. Les exodes leucocytaires montrent l'identité pathogénique de certains flux ou catarrhes observés au niveau du poumon, du rein, de l'intestin et de la peau. Un même traitement peut donc s'appliquer à tous les cas : il faut s'en prendre au leucocyte. »

De même dans sa thèse (1) de 1909, nous pouvons lire :

« Par action directe sur les leucocytes, les intoxications légères peuvent provoquer un flux leucocytaire au niveau du poumon sans lésion pri-

1. *Leucopathies Métastases* (Thèse Paris, 1909).

mitive au niveau de cet organe. En dehors des follicules péri-bronchiques étudiés par M. Bezançon il se fait tout particulièrement une infiltration péri-bronchique. On arrive ainsi à la conception des fibroses pulmonaires de catarrhes d'origine leucopathique sans cause pulmonaire (1). »

En 1923, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* où il a précisé l'histo-pathologie de l'emphysème avec ses conditions d'apparition :

« Par injections sous-cutanées de toxiques variés, il est possible de provoquer rapidement chez l'animal des lésions intenses de l'appareil broncho-pulmonaire. On constate ainsi la production de catarrhes bronchiques, la congestion intense, l'infiltration lymphocytaire en nappes ou en nodules et l'emphysème atrophique définitif par fragmentation des fibres élastiques.

Parmi les bronches infiltrées de lymphocytes et présentant un catarrhe lymphocytaire transépithélial, certaines se sont dilatées : il s'est fait de la dilatation bronchique simple. Mais le plus souvent la paroi bronchique a cédé dans toute son épaisseur ; elle est morcellée en tronçons de longueur variable dont chacun forme une masse broncho-musculaire comprenant à la fois la couche musculaire et l'épithélium dont les éléments primitivement cylindriques sont ramenés à la forme cubique.

1. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 26 octobre 1923.

Rapidement les masses les plus allongées se fragmentent à leur tour si bien que la totalité de la paroi bronchique se trouve découpée en masses presque identiques, d'une longueur égale à leur épaisseur et dont l'ensemble musculo-épithélial présente sur les coupes un contour ovalaire presque circulaire.

Les masses broncho-musculaires complètement isolées les unes des autres sont reliées par du tissu pulmonaire. La dilatation bronchique simple s'est transformée en une cavité beaucoup plus vaste d'emphysème broncho-pulmonaire dont le contour est formé par du tissu pulmonaire plus ou moins congestionné ou étiré, renflé de place en place par les masses et les massues broncho-musculaires qui font saillie dans la cavité.

Si l'animal a survécu, dès le cinquième ou sixième jour on voit apparaître de la sclérose surtout aux dépens des nappes et des nodules lymphocytaires qui se transforment en tissu fibro-conjonctif. Dans tous les types d'expériences, pour que les scléroses soient accentuées, il faut que l'infiltration lymphocytaire soit abondante et ce résultat ne s'obtient qu'avec des doses faibles et répétées.

J'insiste tout particulièrement sur ce que ces manifestations anatomiques se produisent sans qu'il y ait de lésion locale comme *primum movens*.

J'ai constaté des lésions identiques à la suite de saignées répétées, après la thyroparathyroïdectomie et à la suite de chocs peptoniques et anaphylactiques.

Il reste à élucider de grandes inconnues dans l'anaphylaxie, mais au point de vue qui nous intéresse, nous pouvons déduire de ces constatations que les processus pathologiques ne sont pas plus mystérieux pour l'anaphylaxie que pour les autres dyscrasies mises en œuvre : l'antigène peut produire les mêmes lésions que le choc anaphylactique ; les conséquences ultérieures sont les mêmes : l'aboutissant principal dans ces deux cas est l'emphysème atrophique avec sclérose leucopathique plus ou moins accentuée.

Je montrerai, d'autre part, que des influences portant uniquement sur le système nerveux peuvent provoquer non seulement la vaso-dilatation (fait bien connu), mais aussi des flux et des infiltrations leucopathiques (synergie neuro-leucopathique).

En présence d'un phénomène de choc, nous devons donc nous demander tout d'abord s'il est, à l'origine de cause nerveuse pure ou de cause dyscrasique. Les chocs dyscrasiques peuvent être dus à l'anaphylaxie, mais leurs autres causes sont très nombreuses. Nous insistons en particulier sur le rôle du froid (1).

Le froid a des conséquences bien connues : catarrhe, œdème, érythème, fléchissement des défenses contre les microbes (expérience de la poule et du charbon). On sait que le froid en un point quel-

1. Feuillié, *Leucopathie et sensibilisation* (Congrès de Strasbourg, juillet 1923).

conque du corps peut produire une congestion pulmonaire qu'on explique par des phénomènes vasomoteurs. Feuillié croit de plus que dans bien des cas le froid peut produire directement ou indirectement par des troubles humoraux, dans les capillaires refroidis une leucolyse d'autant plus forte que la leucopathie préalable du sujet était plus accentuée. Les sucs de leucolyse libèrent une quantité notable d'albumoses (1) dans la circulation comme si on venait de les injecter dans la veine : le résultat est un choc peptonique (peptonique signifiant albumosique). Alors comme dans les expériences de Feuillié, on conçoit la production d'une fluxion, consistant en vaso-dilatation, congestion, flux et infiltrations leucocytaires, emphysème aigu, au moindre refroidissement surtout si le sujet est un leucopathe, fluxion se produisant de préférence au niveau où il existe comme épine irritative les reliquats de fluxions antérieures d'une affection aiguë ancienne ou chronique (bacillose guérie ancienne du sommet).

Le choc (2) anaphylactique semble produire une dyscrasie temporaire dont les suites sont identiques à celles des injections de blanc d'œuf ou de cantharidine. Cette étude est un complément de la constatation de ces éclipses parfois si accentuées d'une partie des leucocytes de la grande circulation au cours des phénomènes de choc. L'anaphylaxie est

1 Achard et Feuillié, Société de biologie, séance du 18 décembre 1920.

2. Société médicale des hôpitaux, séance du 28 juillet 1922.

capable de produire non seulement des œdèmes microscopiques ou macroscopiques, mais des catarrhes leucocytaires dans les canaux évacuateurs variés, des infiltrations leucocytaires et des scléroses. Certains phénomènes pathologiques rangés dans le cadre de l'anophylaxie ne sont que des crises leucopathiques banales.

En résumé, sans aucune cause locale, uniquement par acte leucocytaire consécutif à une dycrasie sanguine (à une injection intraveineuse par exemple) il peut se produire des flux leucocytaires énormes dans des organes variés comme la peau, le rein, l'intestin, les voies biliaires, les séreuses et les poumons. Une partie de ces leucocytes sort à la peau ou par les canaux évacuateurs non préalablement lésés, les autres infiltrant les organes pouvant se transformer en tissu scléreux sans qu'il y ait comme *primum movens* le moindre trouble local ni la moindre lésion de l'élément noble.

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES

PAR LA MÉTHODE LEUCOTHÉRAPIQUE, RÉNOVATRICE,
DÉPURATIVE ET DÉRIVATIVE

Le traitement classique des bronchites chroniques essentielles n'est en réalité qu'une thérapeutique de symptômes. On y a surtout en vue les deux symptômes dominants : la toux et l'expectoration.

Calmer la toux tel est le premier principe : Pour cela, le médecin s'adresse soit aux alcaloïdes tirés du règne végétal : l'opium et ses dérivés : dionine, codéine, morphine, qui sont en même temps d'excellents calmants de la dyspnée et en dehors de l'opium, la belladone, employée surtout du fait qu'elle s'adresse au pneumogastrique, l'aconit, l'eau de laurier cerise ; soit à la chimie organique : le bromoforme et les bromures.

Modifier et tarir les sécrétions, tel est le second principe : on a recours aux iodures, aux sels d'antimoine, au benzoate de soude ou aux balsamiques : terpine, térébenthine, créosote qui sont en même temps désinfectants.

On associe en général la médication béchique et la médication expectorante, soit sous forme de pilules ou cachets, soit sous forme de potions.

Comme moyens physiques : la révulsion, les inhalations, les injections intra-trachéales, la cure hydro-minérale surtout par les eaux sulfureuses, dont nous parlerons plus loin. Parfois même, en désespoir de cause, on s'adresse à une médication dont on a espéré beaucoup : la vaccination par les vaccins de Wright.

Le chapitre des conseils occupe une large place : éviter le froid et toutes les causes d'irritation bronchique.

Quel en est le résultat ? Pratiquement, il est le plus souvent lamentable ; malgré une légère accalmie, le catarrheux n'en est pas moins un infirme astreint à garder le lit durant toute la saison froide.

Dans notre méthode de thérapeutique, nous ne nous occupons que du globule blanc : à la leucopathie nous opposons la leucothérapie. Les soins locaux sont tout à fait accessoires ; cependant, quand l'indication s'impose nous ne manquons jamais d'apporter le maximum de soulagement en nous aidant du traitement classique : opiacés, balsamiques, ventouses, inhalations, révulsifs.

La thérapeutique leucothérapeutique se résume en trois mots : rénovation, dépuration, dérivation.

Feuillié nous a souvent proposé la comparaison suivante : Considérons un régiment de 2.000 hommes où se trouvent 500 éclopés. Il est de beaucoup préférable de se débarrasser des éclopés et de se battre avec les 1.500 hommes valides. En même temps, il se fera de nouvelles recrues et il ne restera

que des sujets valides : on aura fait une rénovation et un rajeunissement de l'armée.

De même dans ces catarrhes pulmonaires, dans ces flux leucopathiques, à côté de l'armée valide des leucocytes, il y en a un grand nombre de fragiles, de débiles présentant de grandes altérations qui vont encombrer les organes et qui pour une cause minime feront un supplément de pus ou d'infiltration cellulaire : Ce sont ces globules blancs malades qui produisent le catarrhe : en les supprimant, on détruit par là-même, la cause et les effets du catarrhe.

La rénovation : la place des globules fragiles détruits va être de nouveau occupé, mais cette fois, par des globules sains, d'où rénovation spontanée. De plus, en se détruisant ces globules fragiles vont libérer des albumoses (Feuillié) des ferments (Feuillié, Fiessinger), qui vont transformer la crase sanguine, modifier la dyscrasie, cause de la fragilité leucocytaire : d'où rénovation provoquée.

Le retour à la normale, la meilleure défense leucocytaire va s'effectuer grâce à la part dépurative et dérivative de la méthode. On provoque des flux intestinaux dans lesquels il va y avoir des flux leucocytaires et un flux humoral : tous les leucocytes fragiles vont être éliminés en même temps que les humeurs nuisibles ; on favorise une diurèse intense avec polyurie, polychlorurie, carbonaturie. Notre méthode va agir comme l'abcès de fixation qui produit son effet non pas en fixant des microbes mais par simple leucothérapie : augmentation du nombre

des leucocytes, afflux [des leucocytes au point lésé (un verre de pus de 120 grammes et plus chez un chien de 20 kilos), *in situ* les globules détruits vont libérer des suc leucocytaires qui seront résorbés et modifieront les humeurs de l'organisme.

Nous obtenons cette triple action par un seul médicament ; le mercure. Nous employons le mercure sous toutes ses formes ; ingestions, frictions, piqûres. Le moyen d'administration le plus pratique et le plus simple : c'est le calomel, auquel nous ajoutons parfois pour favoriser la diarrhée de l'aloès ou de la rhubarbe. Nous donnons 2 à 4 cachets par jour renfermant 4 centigrammes de calomel. Si la diarrhée tarde à venir il faut la provoquer par un supplément de 1 à 3 cachets de calomel seul à cinq centigrammes ; on en limite le nombre si la diarrhée est trop intense, plus de 2 à 4 selles par vingt-quatre heures. Nous y associons la médication opothérapique qui sera faite suivant les cas de poudre de surrénale et surtout de poudre de thyroïde (flux leucopathiques dans la thyro-parathyroïdectomie) : 1 à 3 centigrammes. On fait une série de quatorze jours consécutifs et on recommence une ou plusieurs séries semblables avec intervalle de sept jours. On peut compléter le traitement par quelques piqûres de sels mercuriels solubles. Dans d'autres cas nous prescrivons :

Calomel	0 gr. 04 cgr.
Arrhénal	0 gr. 03 cgr.
Poudre de corps thyroïde	0 gr. 02 cgr.
Pour un cachet.	

Nous faisons remarquer que l'ensemble de ces médications thérapeutiques est donné en dehors de toute présomption de syphilis; celle-ci ne représentant qu'une infime minorité des affections améliorées ou guéries par le mercure. Y aurait-il même syphilis méconnue, que cela n'infirmerait nullement notre méthode, car la quantité de mercure est si minime qu'il serait puéril de prétendre que l'amélioration a été produite par le traitement antisypilitique et qu'on a fait œuvre vraiment spécifique antisypilitique. D'autre part, d'après Feuillie dans la syphilis, grande cause de leucopathies, il y a deux choses à considérer :

Ce qui est sous la dépendance locale du tréponème lui-même.

Ce qui revient à la leucopathie de la diathèse sypilitique, leucopathie qui n'est nullement spécifique quoique due à la syphilis, mais toujours banale, ressemblant à celle de la goutte par exemple et dont les conséquences sont toujours les mêmes.

Le mercure ne serait pas ainsi un agent tréponémicide marqué, mais agirait plutôt sur la leucopathie de la diathèse sypilitique; ayant ainsi opéré une rénovation leucocytaire, il permettrait à l'organisme de juguler le tréponème ou de l'annihiler temporairement tout au moins. Le mercure n'agirait donc sur la syphilis que par action leucothérapique. Mais ici pour éviter toute discussion, nous ne donnons que les cas où nous aurons pu, à peu près sûrement, éliminer le facteur sypilitique.

Le mercure est le type des médications simples multivalentes, en l'associant à d'autres produits comme l'arsenic ou le corps slyroïde on obtient d'excellentes médications composées multivalentes.

Le mercure agit.

1. Comme antiseptique.

2. Par action leucothérapique ; il opère une rénovation et peut être mis en parallèle avec le cautère, le séton, l'abcès de fixation. Il en résulte une amélioration de la défense leucocytaire.

3. En provoquant, surtout le calomel, une polyurie avec carbonaturie, polychlorurie et disparition de l'ammoniaque urinaire.

4. En mettant en liberté dans la circulation des sucs de leucocytes détruits : d'où modification physico-chimique des humeurs.

5. Après rénovation leucocytaire, par action sclérolysante : résorption rapide des tissus scléreux jeunes (Feuillié, *Société médicale* du 28 juillet 1922).

Comme nous l'avons indiqué plus haut le mercure n'est pas spécifique et nous ne sommes pas les seuls à l'employer en dehors de la syphilis. Voici quelques indications et il en est beaucoup d'autres :

1. Mercure employé comme cho'agogue.

2. Souligoux depuis 1905 fait des piqûres mercurielles dans l'infection puerpérale, la furonculose, les infections chirurgicales.

3. Bacelli injecte du sub'imé en cas d'infections généralisées : chaque jour 0,01 centigramme intravénieux.

4. *Annales de la Société de Dermatologie*, 1896-1897. Thèse de Paris 1897. Traitement mercuriel dans les tuberculoses cutanées, le lupus.

Non-spécificité du traitement mercuriel : le mercure ne guérit pas que la vérole (Fournier).

5. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le mercure : Gouguenheim, Hallen, Dubois.

6. En 1873, Schilling de Rome a traité avec des résultats toujours brillants par injection de calomel des centaines de cas de lichen, eczéma aigu, eczéma chronique, psoriasis, érythème diffus.

7. Dans le *Bulletin de la Société de Médecine du Bas-Rhin* (20 avril 1922), M. Blum et Sevale étudient l'action du traitement mercuriel dans les œdèmes.

8. Lamy a rapporté que dans le traitement des myélites aiguës, certains auteurs attribuent de bons effets au mercure en dehors de toute syphilis.

Les deux inconvénients du traitement mercuriel sont :

1° La crise de cœlite parfois dysenteriforme, mais ici nous évitons la grosse crise puisque dès le début nous provoquons une cœlite de faible intensité qui évite par la suite la suite la grosse cœlite dysentérioriforme.

2° Et surtout la stomatite, grand écueil parfois terrible. Aussi systématiquement, avant que le malade se plaigne de la moindre irritation des gencives, nous prescrivons, le matin, à la fin des trois repas et le soir le nettoyage des dents et des gencives avec la poudre dentifrice suivante :

Chlorate de potasse	} <i>ââ</i> 10 gr.
Craie préparée.....	
Poudre de quinquina.....	

Après le brossage, prendre une petite gorgée du dentifrice et ne pas rincer de façon à obtenir un véritable bain de bouche. Il reste dans la bouche une saveur de quinquina à laquelle le sujet s'habitue si bien qu'il adopte le procédé au début de tout traitement.

Feuillié nous a donné également un renseignement que nous considérons comme très important et qui nous a toujours donné des résultats surprenants : pour contribuer à éviter la stomatite, donner en cachet du benzoate d'amoniaque, dans le cas particulier la coïncidence est favorable puisque les benzoates sont très en faveur dans les catarrhes pulmonaires.

Nous prescrivons un cachet à 60 centigrammes de Benzoate d'amoniaque ou bien une cuillerée à soupe d'une solution équivalente à prendre trois fois par jour, une demi-heure avant les trois repas.

En tout cas, si malgré toutes ces précautions, la stomatite se déclare, il faut être toujours prêt à intervenir de la manière suivante : verser sur une feuille de papier le contenu d'une ampoule de novarsénobenzol ou de sulfarsenol et à l'aide d'un tampon mouillé mais bien essoré porter directement le médicament en poudre sur les gencives. Recommencer le lendemain et les jours suivants : la stomatite est jugulée en trois jours au maximum.

Si, dans certains cas exceptionnels que nous a signalés Feuillié mais que nous ne connaissons pas, le mercure était mal toléré on pourrait le remplacer par un des succédanés : résorcine, salol, qui agissent par leucolyse de même que le xylol dans la variole ou le benzol dans les leucémies.

Jusqu'ici nous avons considéré la bronchite chronique dans une évolution uniformément chronique, mais en pratique ce qui arrive dans l'immense majorité des cas, c'est que le patient qui subit sa bronchite en période banale uniforme, présente des poussées aiguës au cours de cette bronchite chronique, poussées aiguës avec recrudescence du catarrhe, de la toux, de la dyspnée, avec des crises asthmatiformes extrêmement pénibles, survenant au cours des premiers froids ou plusieurs fois au cours de l'hiver.

Si l'on est appelé au cours d'une de ces poussées aiguës, il faut mettre en œuvre les procédés que nous venons d'indiquer : piqûres mercurielles, thyroïde et surtout penser à la dérivation intestinale en donnant les pilules Calomel, aloès, rhubarbe qui en même temps provoqueront en général la diurèse. Mais dans ces cas et dès le début, en même temps que nous commençons ce traitement, les deux ou trois premiers jours nous pratiquons une injection intramusculaire, (mais non intraveineuse afin de ne pas provoquer de choc violent) de 10 centimètres cubes d'Electrargol : pas davantage. Cette médication par l'Electrargol avait tout d'abord été indiquée par Feuillié pour

les fluxions à la peau : eczéma, urticaire (Congrès de Strashourg, 1923) dans les sinusites et mastoïdites aiguës (Extrait du *Bulletin médical*, 26 octobre 1923). Nous avons été amené à parler de cette médication, parce que pratiquement le malade ne vient consulter que pour une épisode aigu, mais même dans ce cas, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne manquons jamais d'essayer d'apporter le maximum de soulagement par le traitement classique, auquel nous nous rallions volontiers quand l'indication s'impose : atropine, opiacés, bromures, hypnotiques, digitaline, sérums spécifiques, désensibilisation, autosérothérapie etc.

Pendant la belle saison il sera enfin tout indiqué de prescrire au malade une cure hydro-minérale, dont le mode d'action peut se résumer en un procédé de leucothérapie (1). Dans une cure hydro-minérale bien conduite on constate des symptômes analogues et un résultat du même genre que par le traitement mercuriel, mais la crise thermale doit être le pivot de cette action, crise thermale obtenue par toxicité chimique, ou toxicité physique suivant les cas, et qui sera dosée suivant le danger et le degré des recrudescences pathologiques. Les eaux minérales ont donc toutes comme base fondamentale d'action un pouvoir leucothérapique identique avec polyvalence thérapeutique au point de vue des maladies variées qu'elle peuvent guérir. Les eaux minérales

1. Feuillié. Exposé de titres, 1920.

sont polyvalentes, mais ce sont les stations que l'on a spécialisées. Nous indiquons donc les stations classiques (1); au point de vue qui nous occupe :

Eaux sulfurées sodiques : type : Cauterets Eaux-Bonnes, Luchon.

Eaux sulfurées calciques : Enghien et Pierrefonds

Eaux sulfureuses chlorurées sodiques : Labassère; Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Saint-Honoré, Uriage.

On choisira donc les eaux sulfureuses, mais tout particulièrement celles qui possèdent un pouvoir radio-actif. La radio-activité des eaux minérales semble jouer un rôle d'une importance considérable, et il ne serait pas étonnant que d'ici quelques années, certaines de ces eaux radio-actives soient employées de plus en plus dans le traitement des bronchites chroniques. C'est ainsi que la Bourboule le revendique déjà avec succès et ce succès est dû en partie à la radio-activité leucotoxique de ses eaux qui aboutit toujours à ce même processus de rénovation leucocytaire.

1. Florand, Flurin et Max François, *loc. cit.*

OBSERVATIONS

L'observation des malades est presque toujours la même : ce qui varie c'est le mode d'application du traitement mercuriel : soit sous forme de cachets ou pilules, soit sous forme de piqûres. Chez les uns, le catarrhe était prédominant, chez les autres la fluxion était presque uniquement congestive et le catarrhe presque nul.

Voici celles que nous avons recueillies parmi les plus typiques en collaboration avec le Dr Capmas.

OBSERVATION I

M. R..., épicier, 45 ans, obèse, gros mangeur.

Vient consulter en mars 1922 [pour bronchite chronique datant de 1913. Il fait depuis six ans durant chaque hiver plusieurs crises de bronchite aiguë qui le retiennent fréquemment au lit.

A l'auscultation du poumon : Râles de bronchite et emphysème. Expectoration nettement purulente, à crachats verdâtres sans odeur.

Pas de bacilles de Kock.

Wassermann négatif.

Pression vasculaire au Pachon.

Maxima : 15; Minima : 10,5.

Traces d'albumines dans les urines.

Asthénie habituelle, mais pas de fléchissement cardiaque.

Pendant l'été la bronchorrée s'atténue mais est habituellement remplacée par de l'eczéma sec aux mains.

Traitement mercuriel.

Cyanure intraveineux et sulfhydrargyre sous-cutané sont alternés durant 3 mois à la dose de 3 injections par semaine.

Petites doses de thyroïde et de calomel durant l'été :

Régime végétarien et fructarien avec diminution notable de la consommation du sel.

La bronchorrée avait complètement disparu cinq mois après le début de la cure. La guérison s'est maintenue depuis deux ans et demi. Par mesure de prudence, le malade a fait toutefois les dix premiers jours de chaque trimestre une petite cure de calomel (10 centigr. chaque soir en se couchant).

OBSERVATION II

M. D..., 56 ans, fonctionnaire, grand, maigre.

Vient consulter fin novembre 1921 pour de la toux opiniâtre remontant à une vingtaine d'années.

M. D..., avait présenté dans l'adolescence des désordres fluxionnaires passagers, poussées d'eczéma, blepharite rhumes de cerveau : il fit durant son service militaire une congestion pulmonaire grave à la suite de laquelle il fut réformé :

A l'examen on constate une distension emphysémateuse du thorax contrastant avec la maigreur des membres.

Respiration obscure. Quelques sibilances et ronflements.

Crises de toux fréquentes, aride, avec expulsion de crachats perlés alternant avec des masses de mucus.

Dyspnée d'effort.

Crises de polyurie nocturne.

Le soir léger œdème des malléoles.

Pas de bacille de Kock.

Wassermann négatif.

Pression vasculaire au Pachon.

Maxima : 21 ; Minima : 12,5.

Traces d'albumine dans les urines.

Il a subi durant l'hiver 1921-1922, trois cures d'hectargyre à raison d'une injection quotidienne les douze premiers jours de décembre, janvier, février.

Petites cures de calomel et d'arrhénal durant le printemps de 1922.

Très grande amélioration, l'été fut excellent.

Pendant l'hiver 1922-1923, M. D... fit deux nouvelles séries d'hectargyre suivies de petites cures périodiques de calomel et d'arrhénal.

Le résultat se maintient des plus satisfaisants.

Plus de toux, plus de crises de dyspnée, ni d'œdème malléolaire.

La pression maxima est descendue à 18 et la minima à 11,5.

OBSERVATION III

M. F..., 32 ans, employé de banque, bouffi.

Vient consulter pour bronchorrée fétide en novembre 1923.

Il a fait des spasmes dans l'enfance : crises d'éternuement, de laryngite striduleuse ; il a présenté dans l'adolescence des œdèmes passagers au niveau des mains et du purpura symétrique.

Aspect alourdi d'hypothyroïdien.

Constipation habituelle.

Nombreuses sibilances. Au réveil; expectoration de masses de mucus englobant des amas purulents; spumosité abondante à la surface du crachoir d'odeur fétide. L'humidité et le moindre froid déterminent une aggravation de la toux et des signes stéthoscopiques.

Pas de bacilles de Koch.

Wassermann négatif.

Pression vasculaire au Pachon :

Maxima : 13,5, Minima : 9,5 ; oscillations très faibles.

Cure de calomel alternant avec du corps thyroïde durant un an. Dix centigrammes de calomel le soir au coucher, durant les dix premiers jours de chaque mois et 5, puis 10 centigrammes de corps thyroïde les vingt derniers jours.

Très notable amélioration après deux mois et demi de traitement.

Transformation surprenante après le traitement et qui se maintient à l'heure actuelle.

Plus de bronchorrée.

Allure plus délurée, véritable rajeunissement, comme il le dit lui-même.

Plus de constipation.

OBSERVATION IV

M. P..., officier, 50 ans.

Vient consulter en février 1921 pour du catarrhe pulmonaire chronique suite d'intoxication par les gaz en 1918. L'intoxication fut grave ; elle nécessita trois mois d'hospitalisation et laissa à sa suite du catarrhe pulmonaire chronique avec crises de toux et de dyspnée nocturne exaspérées pendant l'hiver.

Il est déprimé. Ses tissus sont mous, infiltrés, envahis par la graisse. Emphysème et catarrhe généralisés.

Pas de bacilles de Koch.

§ Wassermann : négatif.

Traces d'albumine urinaire avec pigments biliaires dans le sang.

Deux mois et demi de traitement au cyanure, intraveineux et intra-musculaire (au total 25 injections) transforme radicalement l'aspect physique du malade et les troubles pulmonaires.

Reprise de l'activité.

Fonte des œdèmes, amaigrissement de 8 kilos.

Disparition presque complète de la toux.

Le résultat s'est maintenu depuis cette époque, toutefois, durant chaque hiver le patient se soumet à une cure d'injections de cyanure.

Parmi la grande quantité d'observations que le D^r Feuillié a bien voulu nous communiquer, nous en avons seulement choisi deux, tellement elles se

ressemblent toutes, parce qu'elles s'adressent à des âges tous différents.

OBSERVATION V

M. A..., 43 ans, gérant de café à Paris.

A toujours été l'arthritique pléthorique : poids 105 kilos ; taille : 1 m. 78. 90 kilos à 25 ans, mais quoique obèse il est fortement charpenté et très musclé.

N'a jamais été malade. Mais à partir de l'âge de 30 ans il s'aperçoit qu'il ne peut plus monter aussi vite au cinquième étage ou il habite.

A 35 et 36 ans, durant ces deux hivers il fit un gros rhume qui dura un ou deux mois chaque fois et qui lui laisse de plus en plus d'essoufflement.

A 37 ans, le rhume recommence fin novembre avec début brusque qui nécessite un alitement de plusieurs jours ; puis il retourne au travail, mais quatre à cinq fois dans la journée il est pris de quintes de toux très pénibles, avec crachats muco-purulents. La dyspnée augmente et il ne peut plus monter chez lui qu'en s'arrêtant à chaque palier.

Depuis le même rhume se reproduit chaque hiver commençant le 20 octobre pour ne se terminer qu'en juin entrecoupé de deux ou trois poussées aiguës avec dyspnée et crises asmathiformes survenant durant la nuit. Depuis deux ans, pendant les sept mois de la mauvaise saison le malade n'a pu se mettre au lit : il passe ses nuits entières dans un fauteuil avec des oreillers appuyés contre un meuble

Thorax globuleux d'emphysémateux pléthorique.

Râles sibilants et ronflants disséminés.

Foyers de râles sous-crépitaux aux bases.

Le cœur n'a pas encore fléchi.

Pas de bacilles de Koch.

Wassermann ; négatif.

Pas de signes de syphilis.

Traitement au calomel : une demi-heure avant les 3 repas,
1 comprimé de corps thyroïde à 1 centigramme et 1 cachet :

Calomel. 0 gr. 04.

Aloès. 0 gr. 03.

durant quatorze jours.

Dès le douzième jour, grosse amélioration : le malade pouvait passer ses nuits au lit à demi-assis.

Huit jours après la fin de la série de quatorze jours, le malade pouvait dormir presque étendu ; un seul oreiller suffisait.

Après dix jours, nouvelle série de quatorze jours, puis une troisième, vingt jours après.

Les résultats ont été si brillants que le malade après ces 3 séries pouvait profiter d'un sommeil normal.

Poids ramené à 90 kilos : il nous disait : vous m'avez rajeuni de 10 ans.

Actuellement, c'est le début du troisième hiver ; vers le 15 octobre à titre préventif on a fait une première série, et il vient d'en faire une deuxième : le rhume n'a pas reparu. Il fait son travail normalement. On fera systématiquement d'ici la fin mai 2 ou 3 séries durant la saison la plus pénible : fin janvier, fin février, fin mars.

OBSERVATION VI

H. O..., 73 ans, au Vesinet.

Beau vieillard, bien musclé qui depuis la cinquantaine supporte un rhume qui lui dure trois ou quatre mois de l'hiver. Il avait fini, nous dit-il, par s'y habituer. Mais depuis deux ou trois ans, son état s'était aggravé et il était obligé de passer ses nuits comme le sujet précédent.

Vient consulter en novembre 1923.

A l'auscultation, râles sibilants, ronflants et sous-crépitaux disséminés dans toute la poitrine :

Le cœur n'a pas fléchi.

Tension au Vaquez-Laubry : — 15 — 9.

Traitement :

Une demi-heure avant les trois repas :

1 comprimé corps thyroïde 5 milligrammes.

1 cachet : calomel 0 gr. 03.

aloës 0 gr. 02.

A la fin du repas :

Poudre de surénale : 10 centigrammes.

Les résultats furent si rapidement excellents que dès le mois de janvier 1924, nous recevions de sa nièce une lettre ainsi :

« Lorsque je suis allée vous rendre visite avec mon oncle au début de l'hiver, vous avez promis de lui changer son hiver.

« Je dois vous avouer que j'étais un peu sceptique, tant cela me paraissait difficile qu'il puisse passer un hiver sans s'enrhumer. J'ai le plaisir de vous annoncer que vous avez réa-

lisé entièrement votre promesse, car jusqu'ici mon oncle n'a eu ni toux, ni rhume, ni étouffement.

« Je suis émerveillée comme lui des bons résultats de vos remèdes ».

Au début de l'hiver 1924, les bons résultats se maintenaient comme l'indique la lettre suivante de la même nièce :

« 12 octobre 1924 — Ses rhumes perpétuels l'ont laissé tranquille tout l'hiver dernier, et il a très bien passé l'été malgré l'humidité qu'il a fait au Vésinet. Il a maintenant une grande confiance en vous, puisque vous l'avez instantanément soulagé. »

CONCLUSION

Au point de vue étiologique, une bronchite chronique peut être considérée comme la conséquence soit d'une infection locale chronique, soit d'une flux, d'une fluxion ayant une origine dyscrasique sans qu'il y ait eu une irritation ou une infection locale quelconque comme *primum movens*. C'est dans ce dernier cas que nous dirons qu'il s'agit d'un catarrhe.

S'il s'agit d'un catarrhe dans ce sens, la persistance de son état chronique est dû à un amoindrissement des fonctions leucocytaires, à une leucopathie qui favorise ces flux dyscrasiques sous l'influence de causes bénignes. Ce qu'il faudra viser, évidemment, puisqu'il n'y a pas de cause locale, c'est la résistance leucocytaire.

Mais même dans le cas où c'est la présence de tel ou tel microbe connu qui entretient la chronicité de l'état bronchique, ce microbe ne peut persister en produisant des effets pathologiques (comme dans la furonculose, s'il s'agit de la peau) que grâce à la déficience de la résistance et de l'activité leucocytaires : avec de bons leucocytes le microbe serait sans effet (comme le staphylocoque sur la peau d'un

sujet sain). Par conséquent, là encore, il faudra traiter le leucocyte.

Pour toutes les raisons que nous avons données plus haut, nous ne négligeons pas les soins locaux, ils soulagent parfois momentanément, mais ils ne guérissent pas, et chaque hiver l'affection se reproduit plus grave encore. Mais ce que nous avons voulu surtout mettre en valeur, c'est l'importance primordiale de la leucothérapie agissant par rénovation, dépuratation et dérivation.

La base de cette méthode est le traitement mercuriel conduit comme nous l'avons indiqué avec association opothérapique variant suivant les cas : thyroïde ou surrénale. On arrive le plus souvent à des résultats extraordinairement brillants même dans les cas où le traitement classique broncho-pulmonaire aura été inexistant.

Vu : le président de la thèse
SERGENT

Vu : le Doyen,
ROGER

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL



